427

Lane Medical Library

Die

Anteflexion in der modernen Gynaekologie

und ihre Behandlung.

INAUGURAL-DISSERTATION,

WELCHE

ZUR ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN UND CHIRURGIE

MIT ZUSTIMMUNG

DER MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

am 30. Mai 1885

NEBST DEN ANGEFÜGTEN THESEN

ÖFFENTLICH VERTHEIDIGEN WIRD

DER VERFASSER

Ricardo Fuertes

aus Mexico.

OPPONENTEN:

Herr Dr. med. J. Duvelius, I. Assistent i. d. Martin'schen Klinik.
- Dr. med. Ernst Cohn, Assistent in der k. k. Frauen-Klinik.
- Dr. med. Hauchecorne.

BERLIN.

Buchdruckerei von Gustav Schade (Otto Francke).

Linienstr. 158.

Seinem hochverehrten Lehrer

Herrn Dr. A. Martin

in Dankbarkeit

gewidmet

vom

Verfasser.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/dieanteflexionin0000rica

Eine der am meisten diskutierten bisher aber noch nicht definitiv beantworteten Fragen, deren Wichtigkeit für die moderne Gynäkologie von allen Seiten anerkannt ist, bleibt die Feststellung der normalen Lage des Uterus; jede darauf bezügliche Arbeit beansprucht in Folge dessen das Interesse des Fachmannes. In Anbetracht der ausserordentlichen Beweglichkeit des Uterus, in Folge deren der geringste Einfluss der benachbarten Organe genügt, um seine Lage zu verändern, ist es nicht zu verwundern, wenn die verschiedenen Spezialisten bald die Anteflexion, bald die Retroflexion, bald die senkrechte Lage für die normale halten — bald sogar dem Organe überhaupt keine bestimmte Normallage zuerkennen. So lange aber die Gynäkologen über diese Frage nicht übereinstimmen, wird eins der wichtigsten Kapitel der Frauenkrankheiten, die Lageveränderungen des Uterus, unaufgehellt bleiben und immer neue Krankheits-Classificationen, eine neue Symptomatologie und neue Behandlungsweisen hervorrufen.

Crédé hat auf dem Wege der Statistik zu einem Resultate zu gelangen versucht, und dieser Weg

scheint mir der einzig richtige zu sein; im Unterschiede zu ihm, der die Uteruslage nur an Wöchnerinnen untersuchte, habe ich meine Untersuchung auf alle diejenigen Frauen ausgedehnt, die sich aus irgend einem Grunde in der Poliklinik von Dr. Martin behandeln liessen. Ohne mich an irgend eine Theorie zu binden, ohne mit irgend einer vorgefassten Meinung an die Untersuchung zu gehen, will ich nur das statistische Verhältniss der verschiedenen Uteruslagen und die eventuellen Ursachen, welche dieselben veranlasst haben, angeben; diejenige Lage, welche die Statistik als die bei weitem häufigste ergeben wird, sehen wir als normal, die übrigen als pathologisch an. Wir werden alsdann Veranlassung haben, uns mit den teils zustimmenden, teils abweichenden Meinungen dreier Männer, E. Martin, B. Schultze und Fritsch, zu beschäftigen und schliesslich ein Wort über die therapeutische Behandlung der anormalen Lage sagen.

I. Statistisches.

Unter 800 Fällen, welche ich in der Martin'schen Klinik zu beobachten Gelegenheit hatte, fand ich

Leichte Anteversionen (d. h. der Fundus uteri nach vorn, nach der Symphyse, das Orificium externum nach dem Kreuzbein gerichtet) 505

Starke Anteversionen (d. h. Collum und Corpus uteri liegen in derselben Ebene und das Orificium ist nach dem Promontorium gerichtet) 6

Anteflexion (d. h. Corpus und Collum bilden einen ausgeprägten, mehr oder minder spitzen Winkel; das Orificium nach dem Scheideneingang gerichtet) 66

Von den 66 Fällen waren 30 durch entzündliche Processe in der Gegend der hinteren Beckenwand fixiert.

Retroversionen (d. h. Corpus uteri nach hinten, Collum uteri nach vorn; die Krümmung mässig) 45

Von den 45 Fällen waren 15 unkompliziert, die übrigen durch perimetritische Adhäsionen fixiert; in einem Falle war die Retroversion in Folge eines Tumor eingetreten.

Retroflexionen 95

Von den 95 Fällen waren 26 reponierbar; 2 Uteri grav., 2 compliziert mit Prol. vag., die übrigen waren fixiert in Folge perimetritischer und parametritischer Exsudate.

Retropositionen (d. h. Fälle in denen Corpus und Collum uteri sich in senkrechter Lage befinden)	13
Lateroversio sinistrorsum	2
Lateroversio dextrorsum	1
Retro- et Lateroversio sinistrorsum . . .	1
Atrophische senile Zustände, in denen die Lage des Uterus nicht festzustellen war . . .	50
Starke, das ganze Becken füllende Exsudate, Tumoren, Myome, Ovarialcystome, machen eine Entscheidung über die Lage des Uterus unmöglich in 20 Fällen	20
	804

Unsere Beobachtungen haben also das Resultat ergeben, dass die bei weitem überwiegende Zahl der Uteruspositionen die leichte Anteversion ist, d. h. diejenige Lage, die Karl Ruge auf seinen Tafeln als die normale hinstellt. Da ausserdem die Möglichkeit eines Irrthums in der Diagnose unsrerseits dadurch ausgeschlossen ist, dass wir die Frauen nicht einmal sondern öfters, während des ganzen Verlaufes ihrer Krankheit untersucht haben, so ist damit zur Genüge dargethan, dass die Anteversion die bei weitem grösste Zahl von Fällen liefert.

Ziehen wir nämlich von den ca. 800 untersuchten Fällen die 70 ab, in denen eine Determination über die Uteruslage nicht möglich war, so ergiebt

die Anteversion ca. $66^2/_3$ %,
die Anteflexion ca. 9 %,
die Retroflexion ca. 12 %,
die Reposition[1]) ca. 1,5 %,
die Retroversion ca. 6,2 %.

Berechtigen uns nun die von Crédé an Wöchnerinnen und unsere eigenen an den nach der Poliklinik gekommenen Frauen gemachten Beobachtungen dazu, eine Behauptung aufzustellen, so müssen wir sagen

I. Die leichte Anteversion — im Sinne von Schröder, Martin, Beigel u. a. — stellt sich durchschnittlich in $^2/_3$ aller Fälle dar und muss die normale, physiologische Lage des Uterus genannt werden;

II. Die Anteflexion, die nur 9 % der von mir beobachteten Fälle bildet, ist als ein pathologischer Zustand des Uterus aufzufassen.

Natürlich ist es unmöglich den Begriff „der leichten Anteversion“ auf eine einzige Lage des Uterus

---

[1]) Im Widerspruche zu Bandl, welcher behauptet, die Retroposition bereite den Frauen keinerlei Beschwerden, habe ich beobachtet, dass die Anamnese eines Teiles dieser Frauen ein Bild schmerzhafter, ja qualvoller Zustände bot. S. Bandl, Ueber die normale Lage und das normale Verhalten des Uterus etc. (Arch. f. Gynaec. Band XXII Heft III).

zu beschränken. Je nach der Individualität der Frau werden sich Nüancirungen der Anteversion constatieren lassen, die aber, wie sie den Character derselben nicht verändernd, so auch für die Praxis von keiner Bedeutung sind. Bei der Anteflexion hingegen treten stets pathologische, die Gesundheit störende Erscheinungen auf, welche im Verein mit der ausgeprägten unverkennbaren Form des Uterus eine Verwechselung von Anteversion und Anteflexion absolut ausschliessen.

Wir gehen hier nicht näher auf die Anteversion ein, sondern wenden uns zu dem Gegenstande unsrer Untersuchung, der Anteflexion. Wir unterscheiden die angeborene von der erworbenen Anteflexion. Die Ursache der angeborenen Anteflexion ist immer eine Erschlaffung der Gewebe des dünnwandigen Uterus an dem Vereinigungspunkte von Collum und Corpus, in Folge deren das Corpus auf das Collum überknickt. Ohne diese angeborene Schwäche der Gewebe würde eine Anteflexion nicht zu denken sein; die Muskeln des normal-wandigen Uterus sind zu kräftig als dass sie das Corpus nicht sollten in seiner Lage halten können. Allerdings kann man nicht immer bei Mädchen im jugendlichen Alter unter diesen Umständen von einer fixierten Anteflexion sprechen, aber die Prädisposition dazu ist da und unter Mitwirkung verschiedener Ursachen bildet sich im Laufe der Zeit eine thatsächliche Anteflexion heraus. Die Meinungen der patho-

logischen Anatomie über den histologischen Befund an Leichen mit Anteflexion sind leider noch zu sehr geteilt, als dass wir uns auf sie stützen könnten.

Für die erworbene Anteflexio hat man bisher noch keine andere Ursache als Entzündungen in dem peritonealen Überzug der Beckenwand aufgefunden; durch diese Entzündungen und durch die sich in ihrem Gefolge bildenden Stränge wird nun das Collum mit dem peritonealen Überzug fixiert und es zieht demgemäss das Corpus uteri nach oben und hinten, wodurch dasselbe überfällt und die Anteflexion bildet. Schultze nimmt zwar an, dass die Fixation eine Folge einer Param. post. sei, welche die Verkürzung der Ligam. sacrouterin. bedingt, — eine Anschauung, die schon E. Martin ausgesprochen hatte[2]) — und Bandl teilt diese Ansicht, wenn er auch die Param. selbst erst eine Folge einer Erkrankung des Collums sein lässt, die sich auf die Gewebe der Douglas'schen Falte fortgesetzt habe; aber Schröder hat mit grossem Rechte hervorgehoben, dass es nicht das Parametrium sondern das Perimetrium sei, welches affiziert ist; denn die Param. post. wurde niemals, wohl aber immer Perimetr. bei der Section gefunden; auch erklären die Adhäsionen des Peritoneums, welche den Knickungswinkel des Uterus mit

---

[2]) Schultze, Lageveränderungen des Uterus.

der hinteren Wand des Peritoneums verbinden, deutlicher und einfacher die Vorgänge der Anteflexion.

Die nächste Frage ist nun: Welches sind die Ursachen, die diese Entzündung veranlassen? Nöggerath nimmt an, dass die Ursache Tripper sei. Diese Ansicht N.'s mag in einigen Fällen zutreffend sein; für alle Fälle ist sie aber nicht zuzulassen; denn die Untersuchung per rectum ergiebt nicht selten auch bei Jungfrauen mit intactem Hymen eine fixierte Anteflexion. Man glaubt jetzt, dass Menstruationsstörungen, in Folge deren die benachbarten Organe leicht in Mitleidenschaft gezogen werden, die Ursache der fixierten Perimetritis sind; sicherlich sind viele Fälle von Perimetritis auch Folgen der Geburt, des Abortus, der Metritis und Endometritis. Auch Tumoren, Myome, ferner ausgebreitete Adenome u. s. f., welche an den Wänden des Uterus sitzen, können den Uterus nach vorn drücken und Anteflexion veranlassen. — Ich muss hier eine andre Art von Anteflexion, die sich häufig in der Praxis zeigte, deren Diagnosis aber einige Schwierigkeit bietet, erwähnen, die sogen. Elongatio colli supravaginalis (A. Martin), (Collum tapiroid. Fritsch), ein Zustand der nicht angeboren ist, sondern sich in Folge von pathologischen Veränderungen bilden kann und für dessen Ursache A. Martin einen Katarrh der Schleimhaut hält. Was nun die Ansichten E. Martins (der Vater), Schulzes und Fritsches über die normale Lage des Uterus an-

betrifft, so nimmt der erste an[3]), „dass eine pathologische Lage zu constatieren sei, sobald der Mutterkörper vor oder hinter dem Scheidenteil mit dem Finger gefühlt oder eventuell mit der Sonde nachgewiesen wird," d. h. für Martin war die senkrechte Lage des Uterus die normale.

Die Anteflexion war für ihn eine Lageveränderung und als Ursache dieser nahm er eine Vermehrung des Volumens der hinteren Wand an, hervorgerufen durch mangelhafte Rückbildung der daselbst gelegenen Placentarstelle. Wir haben schon erwähnt, dass ihm auch die Verkürzung der Ligamenta sacrouterina und deren Wirkung auf die Lageveränderung des Uterus bekannt gewesen ist.

Schulze unterscheidet zwei Arten der Anteflexion, die mobile oder physiologische und die stabile oder pathologische und in der Aetiologie der letzteren stimmt er mit Martin überein[4]).

Fritsch stimmt ihm hierin nicht bei, sondern vindiciert dem Uterus als einem beweglichen Organe keine fixe normale Lage; die Ursache der Fixation ist für ihn Perimetr. post.

---

[3]) E. Martin, Neigungen und Beugungen der Gebärmutter nach vorn und hinten. II. Aufl. pag. 2.

[4]) Die Ansicht, dass die häufigste Ursache der Anteflexion die Parametr. post. sei, hatte schon lange vor ihm Velpeau ausgesprochen. Rev. méd. chir. déc. 1849.

Diese Idee von Fr. ist nicht neu, sondern deckt sich mit der Lehre von der Indifferenz des Uterus wie sie von Aran, Cruveilhier u. A. vertreten worden ist. Unbegreiflich erscheint dann nur wie er noch von Lageveränderungen des Uterus sprechen kann — ein Begriff der mit dem Aufgeben einer normalen Lage des Uterus doch verschwinden muss. Fritsch ist sich der Unhaltbarkeit dieser Auffassung auch sehr wohl bewusst gewesen; er greift daher zu dem Mittel, dieselbe Erscheinung bald als pathologisch, bald als physiologisch zu bezeichnen, je nachdem sie von Symptomen begleitet ist oder nicht. Wir brechen hier mit dem Referate über die Ansichten der drei hervorragenden Capacitäten ab; da es nicht unsere Absicht sein kann in eine längere Kritik derselben einzutreten.

Die Ansicht, welche A. Martin in seinem Colleg vorzutragen pflegt, ist die Lage des Uterus als normale anzusehen, in der das Corpus des Uterus auf der Blase ruht. Dabei betont A. Martin immer, dass in dieser Lage der Uterus keineswegs fixiert ist und alle diejenigen Lagerungsweisen als normale bezeichnet werden müssen, bei denen der Uterus entsprechend seiner Beweglichkeit dem Gesetze der Schwere folgt und je nach der Körperhaltung bald mehr nach vorn, mehr nach der Seite, bald mehr an das Kreuzbein sich legt. Vielmehr ist anzunehmen, dass diese indifferente Lage nicht sowohl der physiologische Zu-

stand des Organs, sondern eine pathologische Erscheinung ist, hervorgerufen durch die Schwäche der Ligamenta die den Uterus in einer festen Stellung zu halten nicht mehr im Stande sind.

Soviel wird klar geworden sein, dass wir von den drei ersten abweichen und wir kommen nunmehr zu einer Darstellung unsrer Auffassung von dem Wesen der Anteflexion.

Bei keiner Uteruskrankheit empfinden wir so schwer den Mangel an Übereinstimmung der Autoritäten über die normale Lage des Uterus wie in der Anteflexion, und der beste Beweis dafür sind die verschiedenen Meinungen und Ansichten über die Symptome, welche diese Krankheit hervorruft, und es ist natürlich, dass wenn der Grund nicht fest ist, das ganze Gebäude schwanken muss. Je nach der Schule, welcher der behandelnde praktische Arzt angehört, behandelt er die Anteflexion verschieden und die Patientin trägt die Kosten der Unsicherheit der Aerzte. Zwei Symptome sind bis jetzt regelmässig bei Anteflexion zu constatieren gewesen, Dysmenorrhee und Sterilität, die aber nach dem Standpunkte der Specialisten sehr verschiedentlich erklärt werden.

Nulla dysmenorrhea nisi mechanica war lange ein Dogma einer gynaekologischen Schule, die sich die Erklärung derselben sehr einfach machte: Der anteflectierte Uterus verursacht eine Knickung, welche den Kanal verengt; das menstruale Blut findet also ein

Hinderniss seines Abflusses und bleibt in der Höhle des Uterus; dieser zieht sich zusammen um dem Blute einen Abfluss zu geben — mit mehr oder weniger Schmerzen i. e. Dysmenorrhe.

Auf dieselbe Weise wurde die Sterilität erklärt: die Verengerung bietet dem Sperma ein Hinderniss, und die Conception kann nicht stattfinden.

Diese Erklärungsweise kann nur bei hochgradiger Anteflexion mit nach oben und hinten fixiertem Collum als zulässig angenommen werden.

Nach B. S. Schulze sind Dysm. und Ster. eine natürliche und nothwendige Folge der Parametritis posterior und zwar nur der Param. post., nicht auch der Anteflexion; wäre jene gehoben, meint Schulze, würden die beiden Symptome alsbald verschwinden.

Bandl hingegen nimmt an, dass die beiden Symptome die Folgen eines Catarrhus colli sind, während Schröder dieselben nur in Fällen der angeborenen Anteflexion findet und die erworbene als symptomlos verlaufend beobachtet hat.

Fritsch sagt: Ich nehme an, dass die Schmerzen von dem Widerstande herrühren, welchen die Uterusmuscularis der Hyperaemie entgegen setzt.

A. Martin[5]) sieht in dem Uteruskatarrh in den meisten Fällen die Ursache der Dysmenorrhee und lenkt die Aufmerksamkeit besonders auf die hoch-

[5]) Handbuch der Frauenkrankheiten.

gradige Anteflexion, verbunden mit Elongatio colli supravaginalis, die er nicht für idiopathisch hält.

Aus allem, was wir gesehen, ergiebt sich, dass wir nur die angeborene Anteflexion als eine Krankheit per se werden betrachten können, während die erworbene Anteflexion nichts als ein transitorischer consekutiver Zustand ist, den mannigfache Ursachen hervorbringen können, also z. B. auf eine Stufe zu stellen ist mit der Verschiebung der Lungen in Folge eines starken pleuritischen Ergusses oder mit Verschiebung des Herzens, hervorgebracht durch pericardiale Adhäsionen etc.; alles Zustände, die so lange dauern als die Causa efficiens vorhanden ist und verschwinden, sobald die Ursachen gehoben sind.

Wenn ich die verschiedenen Meinungen über die Symptomatologie hier kurz erwähnte, so hatte ich nicht die Absicht diese Meinungen zu kritisieren, ein Unternehmen, das mich weit über den Rahmen der vorliegenden Arbeit hinaus führen würde, ich hatte auch nicht die Absicht irgend eine der ausgesprochenen Ansichten als die unter allen Umständen festzuhaltende darzustellen, sondern mich leitete nur der Wunsch eine möglichst rationelle Behandlung der Affection aufzustellen. — Was die Behandlung der Anteflexion so ganz besonders schwierig macht, ist die Unmöglichkeit schematisch zu verfahren; fast bei keiner anderen Krankheit bleibt dem subjectiven Ermessen des Arztes, seiner Erfahrung, seinem Scharfsinn ein solcher Spiel-

raum wie hier, wo er jeden einzelnen Fall nach der Natur des Falles zu behandeln hat, und es bewahrheitet sich auch hier der Satz, dass, je mehr Mittel und Wege für die Behandlung einer Krankheit vorhanden sind, dieselbe dadurch als um so schwieriger charakterisiert ist.

Wir lenken unsere Aufmerksamkeit also jetzt auf die Behandlung der angeborenen Anteflexion. Das Einfachste wäre die Behandlung mit der Sonde. Das Schleimsekret, das vom Uterus abgesondert wird und sich in dem Knick festsetzt, wird durch die Sonde entfernt und dem Blute dadurch freier Abzug geschaffen; die Erfahrung bestätigt, dass diese Methode in der That die dysmenorrheischen Beschwerden gehoben hat. Der Arzt wird also in jedem Falle zuerst sein Heil mit der Sonde versuchen, und sollten die Erfolge das erste Mal auch nur gering gewesen sein, so wird er doch alle vier Wochen vor der Menstruation die Sonde wiederum zur Anwendung bringen, ehe er zu anderen Behandlungsarten schreitet — vielleicht dass dadurch auch die Sterilität gehoben wird.

An zweiter Stelle möchte ich die Anwendung der Intrauterinpesarien nennen; jedoch wird sich dieselbe auf diejenigen Fälle beschränken, wo keine Spur von Entzündung vorhanden ist, und auch dann darf das Instrument nur mit der grössten Vorsicht gebraucht werden, und die Desinficierung der Vagina, wie alle Cautelen, die bei Einführung der Sonde zu beobachten

sind, müssen auch hier peinlich wahrgenommen werden. Die Patientin ist sorgfältig zu beobachten, und sobald sich eine Spur von Fieber zeigt, muss das Pessarium entfernt werden. Die Aufgabe des Intrauterinpessariums ist den Uterus aufzurichten, die Anhäufung der Secretion zu vermeiden und — vielleicht — die schwache Muskulatur des Knickes zu stärken[6]). Von der ausserordentlich grossen Zahl der Uterinpessarien möchten wir das von Schröder angewandte und das mit einem kleinen Teller von Chrobak empfohlene nennen (siehe Billroth, Handbuch der Frauenkrankheiten, Band I pag. 238).

3. Die Dilatation des Uterus vermittelst Quellmeissel, wie Laminaria, Tupello, Pressschwämme etc., ist aufgegeben worden, und sie wird heute durch ad hoc erfundene Instrumente ausgeführt. Schultze und Fritsch brauchen stählerne Instrumente, während Hegar eine Reihe von cylindrischen am Ende konisch zulaufenden Bougies von Hartgummi empfiehlt. Die Länge der Bougies beträgt 12—14 cm, der Durchmesser des schwächsten 2 mm, die übrigen nehmen um je 1 mm an Stärke zu. Der Vorteil dieser Behandlung liegt auf der Hand: Der Arzt erreicht damit in einer Sitzung, wozu er mit dem Quellmeissel 36 Stunden brauchte. Aber diese Methode wendet er nur im Falle von Stenosen im Orif. extern. an,

---

[6]) Das ist problematisch.

während er für die Stenose des Orif. intern. operative Eingriffe vorzieht.

4. Die Discision, d. h. die blutige Dilatation, ist seit langer Zeit bei geburtshülflichen Operationen gekannt und angewandt worden; Simpson in Edinbourgh war der erste, der diese Methode in die Gynaekologie einführte; die Siems'sche Scheere ist das bequemste Instrument für die Ausführung der Operation. Das Ziel der Nachbehandlung ist, die Vereinigung der Wundränder zu vermeiden, damit der Cervicalkanal klaffend bleibt. Hierzu bedient man sich verschiedener Mittel (cf. Hegar & Kaltenbach, Operat. Gynaek.). Die glänzenden Resultate, die diese Operation gegen dysmenorrhoische Beschwerden erreichte, vermochte sie leider gegen Sterilität nicht aufzuweisen. Und darüber dürfen wir uns nicht wundern; wenn wir das materielle Hinderniss für den Blutabfluss heben, wird sich derselbe schmerzlos vollziehen; die Sterilität hingegen hat gar vielfache Ursachen, welche die Discision allein nicht bei Seite schaffen kann, und so blieben die Frauen auch nach der Discision nicht selten steril. Bei Anwendung aller antiseptischen Cautelen und bei geschickter technischer Ausführung ist die Discision eine ziemlich ungefährliche Operation[7]), vor-

[7]) Heg. und Kaltenb. hatten unter dreihundert Operierten nur 3 Todte; Weigel hat unter 900 von Tanner, Siems, Emmet, Ballard etc. ausgeführten Operationen nur 9 Todesfälle gefunden.

ausgesetzt dass die Frau gar keine andern Complicationen der Adnexe hat. Die neuere Gynaekologie zieht aber auch hier die Amputatio colli vor — worüber weiter unten bei der erworbenen Anteflexion.

E. Martin unter 368 nur 1 Todesfall, aber mehrere entzündliche Complikationen und Blutungen.

Erworbene Anteflexion.

Je nach der Ursache, auf welche die erworbene Anteflexion zurückzuführen ist, ist die Behandlung eine verschiedene, und sie richtet sich natürlich nicht sowohl auf die Anteflexion als auf das primäre Leiden. Der Katarrh des Collum uteri muss durch Dilatation des Collum und Ausspülung mit Carbolsäure (Schultze) oder durch Ausspülung vermittelst des Bozemann-Fritsche-Katheter oder Auskratzung und Einspritzung von Liq. ferri sesquichlorati (A. Martin) behandelt werden. Diese letzte Methode ziehe ich vor, weil ich die glänzenden Resultate in der Martin'schen Klinik gesehen habe und Düvelius gezeigt hat, dass die Uterusschleimhaut nach dieser Behandlung wieder völlig regeneriert wird und — last not least —, weil der Arzt hierbei in einer Sitzung erreicht, wozu er nach den übrigen Methoden geraume Zeit braucht.

Die Einwürfe, die man gegen die Gefährlichkeit dieses Mittels erhoben hat, halte ich nicht für stichhaltig; denn in den Hunderten von Operationen, in denen ich es angewandt gesehen habe, ist es nie von üblen Folgen begleitet gewesen.

Wenn die Ursache der Anteflexion Parametritis (B. S. Schulze) oder Perimetritis posterior (Schröder, Fritzsch u. A.) ist, so muss sich die Behandlung auf

diese Krankheiten richten, und es darf kein manueller Eingriff unternommen werden, bevor diese Zustände verschwunden sind. Je chronischer diese Krankheit ist, desto schwieriger und langwieriger ist die Behandlung sowohl für den Arzt als die Patientin (siehe darüber Bandl in seiner vorzüglichen Arbeit in Billroth's Handbuch der Frauenkrankheiten Band I.).

In denjenigen Fällen aber, wo die Portio konisch, hart, verlängert und in die Vagina hineinragend ist — was Fritsch[8]) als Coltapiroide, A. Martin als Elong. coll. supravag. bezeichnet — und wo nach langer und gewissenhafter ärztlicher Behandlung die Beschwerden der Anteflexion nicht gehoben werden konnten, sind wir berechtigt zur Operation zu schreiten und die beste Operation ist nach meiner Meinung die Amputatio colli uteri[8]).

Bevor ich jedoch auf diese Operation näher eingehe, will ich ein paar Worte über die Schwierigkeiten, welche die Diagnose der Elong. coll. suprav. dem weniger geübten Arzte bereitet, sagen: Bei dem grossen Contraste zwischen dem bedeutend verlängerten Collum und dem stark verkürzten Corpus passiert es nicht selten — und ich selbst habe diese Erfahrung an mir gemacht — dass wir auf Retropo-

---

[8]) F. hat in zwei Fällen die Conception ohne Operation, nur durch Behandlung erzielt.

Auch Hegar ist dieser Ansicht cf. H. u. K. Operat. Gynaek.

sitio oder Retroversio uteri schliessen, da der Finger immer nur dem weit in die Vagina ragenden Collum begegnet und das Corpus gar nicht zu finden ist. Vermehrt wird die Möglichkeit dieser Täuschung dadurch, dass die Patientinnen — in der Mehrheit junge Frauen — aus Scham den Bauch stark anspannen, so dass die Hand, welche vom Bauch aus das Corpus fühlen will, darin ein grosses Hinderniss findet. In diesem Falle ist zu rathen, die Diagnosis nicht zu übereilen, sondern sich erst vermittelst des Fingers event. der Sonde, zu überzeugen dass der Uterus nicht nach hinten liegt und zweitens ruhig abzuwarten, bis die Muskeln ermüden und uns gestatten, die Lage des Corpus von aussen zu constatieren. Allmählich wird die Übung jedoch den Arzt in Stand setzen, ohne weiteres den Status rei zu erkennen.

Ich habe verschiedene Fälle beobachtet, wo diese Amputation von auffälligen Erfolgen gekrönt war. Frauen, die seit langer Zeit von den heftigsten dysmenorrhoischen Beschwerden geplagt wurden und alle Hoffnung auf Conception aufgegeben hatten, wurden fast unmittelbar nach der Operation von jenen befreit und die Schwangerschaft trat ebenfalls ein. Eine junge Frau, die seit acht Monaten verheirathet war und an den genannten Beschwerden auf das heftigste litt, sah sich ein paar Monate nach der Operation schwanger, und die Menstruation ging

später ohne jede Beschwerde von Statten. Doch ist eine Bedingung unerlässlich: Die Operation darf nur unternommen werden, wenn die benachbarten Organe sich durchaus intakt und im normalen Zustande befinden; im andern Falle tritt eine überaus starke Entzündung ein, die sich auf Parametrium und Perimetrium erstreckt und der Patientin die unerträglichsten Schmerzen bereitet. Bei Anwendung aller Cautelen und unter Irrigation bietet die Operation keine Gefahr, wovon ich mich zu verschiedenen Malen zu überzeugen Gelegenheit hatte, sowohl bei den Fällen, die Herr Dr. Martin selbst mit gewohntem Geschick ausführte, als auch in denen, die er mich ausführen zu lassen die Liebenswürdigkeit hatte.

Wenn die Operation sorgfältig ausgeführt ist, so darf man die Patientin aus der Poliklinik unmittelbar nach der Operation entlassen, ohne Besorgniss vor etwaigen eintretenden Complikationen hegen zu müssen; auch Nachblutungen treten nicht ein, sofern die Vorschriften des Arztes stricte beobachtet und besonders das Bett in der bestimmten Zeit (8—9 Tage gehütet wird[9]). Tritt dennoch eine Nachblu-

[9]) Eine ambulante Patientin, von mir selbst operiert, verliess drei Tage nach der Operation das Bett und ging ihren häuslichen Geschäften nach; sie zog sich dadurch eine starke Nachblutung zu, welche die sofortige Tamponade — ausgeführt von

tung ein, so ist bei ambulanten Patientinnen Tamponade das einfachste Mittel, bei in der Klinik befindlichen empfiehlt es sich, unter Narkose den blutenden Punkt aufzusuchen und durch eine Naht die Blutung zu stillen.

Wenn diese Operation aufhören wird eine Domäne der Gynaekologen zu sein und sich mehr und mehr im Kreise der praktischen Aerzte verbreitet haben wird, so wird nicht nur den Kranken eine schnelle Befreiung von lästigen Beschwerden garantiert sein, sondern auch die Kollegen selbst werden von konstanten Besuchern der Sprechstunden erlöst werden. Vergessen wir auch nicht, dass die Kranken gern die Kosten für eine Operation tragen werden, die sie definitiv von Schmerzen befreit und dass diese Kosten selbst gering sind im Vergleich zu denen, die durch eine jahrelange nutzlose Behandlung entstehen müssen.

Noch einmal aber muss ich betonen, dass diese Operation nur auszuführen ist, wenn die benachbarten Organe durchaus gesund und normal sind. —

Selbstverständlich dürfen wir nicht in jedem Falle von unsrer Operation ein günstiges Resultat bezüglich der Sterilität erwarten; der Gynaekologe wird in den Fällen, wo seine Bemühungen keinen Erfolg gehabt haben, naturgemäss auf ausserhalb des Weibes

---

meinem Kollegen in der Klinik Dr. Kiederlen — nöthig machte. Der Verlauf der Heilung wurde hierauf nicht mehr unterbrochen.

liegende Ursachen für das Nichteintreten der Conception schliessen müssen; auf alle Fälle aber bleibt die Operation nicht ohne Segen: die dysmenorrhoischen Beschwerden werden durch die Beseitigung des Uterinkatarrhes und durch die Erweiterung des Kanallumens gehoben werden.

Endlich wollen wir nicht verschweigen, dass zuweilen auch unsere Operation keinen Erfolg hat, keine Erleichterung irgend welcher Art der Patientin verschafft, dass die Schmerzen der Menstruation sich gleich bleiben und dass die unglückliche Frau ein qualvolles Dasein dahinschleppt. In diesem Falle ist die Ursache aber mehr in der nervösen Sphäre zu suchen.

Frauen z. B., bei welchen sich die dysmenorrheischen Beschwerden mit reflectorischen Erscheinungen wie Erbrechen, heftigem und constantem Husten, Migräne u. s. w. vereinigen, und bei welchen sich diese Erscheinungen nicht nur zur Zeit der Menstruation zeigen, sondern sich zu permanenten Leiden ausgebildet haben, können durch Intrauterinpesarien von ihrem Leiden momentan befreit werden; aber die Uterinpesarien werden der Frau auf die Dauer lästig und sie müssen daher entfernt werden, worauf sich dann mit der Dislocation des Uterus auch die Beschwerden wieder einstellen.

Welches Mittel bleibt nun dem Arzte in diesem Falle? Wie kann er der Patientin, deren Schmerz

unerträglich ist, helfen. Mit dem Morphium. Aber darf er solchen Personen dieses so gefährliche Mittel anvertrauen; muss er nicht überzeugt sein, dass er sie damit unausbleiblich zu Morphinisten macht? Und die letzte Zuflucht, Morphium nicht als Einspritzung sondern als Suppositorium zu geben, ist doch auch nur für die Fälle zulässig, wo die genannten Beschwerden im Verein mit der Menstruation auftreten. Wenn nun alle Palliativmittel nichts fruchten, sollte da nicht der Arzt zur Castration berechtigt sein um den Heerd aller der Beschwerden aufzuheben?

In seiner neuesten Broschüre empfiehlt Hegar diese Operation indem er sagt: „Die Castration ist bei einer Neurose, welche abhängig ist von einer pathologischen Veränderung der Sexualorgane dann indiciert, wenn andere Behandlungsweisen ohne Erfolg angewandt worden sind oder solchen durchaus nicht erwarten lassen. Das Leiden muss lebensgefährlich sein oder die psychische Gesundheit entschieden gefährden, oder jede Beschäftigung und jeden Lebensgenuss unmöglich machen. — Ich stimme durchaus mit Hegar überein, insofern als wir ein lebensgefährliches Leiden für eine Indication der Operation ansehen, aber dürften wir andererseits nicht in einen Circulus vitiosus verfallen, wenn wir, um die psychische Gesundheit der Frau zu retten, zur Castration schreiten? Die Erfahrungen der Psychiatriker haben doch auf das deutlichste dargethan, dass das Bewusst-

sein nicht mehr „Frau“ zu sein den weiblichen Patienten etwas fürchterliches ist und sie mehr als einmal zum Wahnsinn getrieben hat. — Noch ist die Castration ein Problem der Zukunft!

Zum Schluss erfülle ich die angenehme Pflicht, Herrn Dr. Martin für die gütige Überlassung seines poliklinischen Materials zu dieser Arbeit meinen besten Dank auszusprechen.

THESEN.

I.

Bei jeder Perimetritis posterior ist die Operation contraindiciert.

II.

Das Nichtvorhandensein der Tuberkelbacillen in dem Auswurfe der Phthisiker schliesst die Tuberculosis nicht aus.

III.

Die gegenwärtige Behandlung des Diabetes mellitus ist keine radicale.

VITA.

Verfasser, Ricardo Fuertes, katholischer Confession, ist im November 1854 in der Hauptstadt Mexico geboren. Von 1860 bis 65 auf der Schule „des foutaines“, von 1865—74 auf der „Escuela nacional Praeparatoria“ erhielt derselbe den ersten Unterricht. Vom Januar 1875 bis August 1879 Schüler der „Escuela nacional Medicina“ bestand Verfasser im November des Abgangsjahres das Examen als practischer Arzt. Vom Mai 1880 an hörte Verfasser die Vorlesungen von Charcot und Fournier zu Paris und immatriculirte sich Ende desselben Jahres an der Friedrich-Wilhelms-Universität zu Berlin, woselbst er das Examen rigorosum bestand.

Während seines Aufenthalts in Berlin besuchte Verfasser die Vorlesungen, Kurse und Kliniken der Herren: du Bois-Reymond, v. Frerichs, Guttmann, Henoch, v. Langenbeck, Lewin, Martin, Munk, Schröder und Westphal.

Allen diesen Herren, seinen verehrten Lehrern und dem Decan der Universität, Herrn Professor E. Leyden, spricht Verfasser hiermit seinen aufrichtigen Dank aus.